

ANTHROPOLOGIE DE LA DOULEUR: DIMENSIONS SYMBOLIQUES D'UN PHÉNOMÈNE PHYSIOLOGIQUE

Marion Droz Mendelzweig

Institut et Haute Ecole de la santé La Source

m.droz@ecolelasource.ch

21^e Symposium Romand de physio et ostéopathie
Lausanne, 17 novembre 2022

PLAN:

1) QUELLE EST L'UTILITÉ DE
LA DOULEUR?

2) DOULEUR EXALTÉE

3) DOULEUR COMBATTUE

4) DOULEUR PLURIELLE

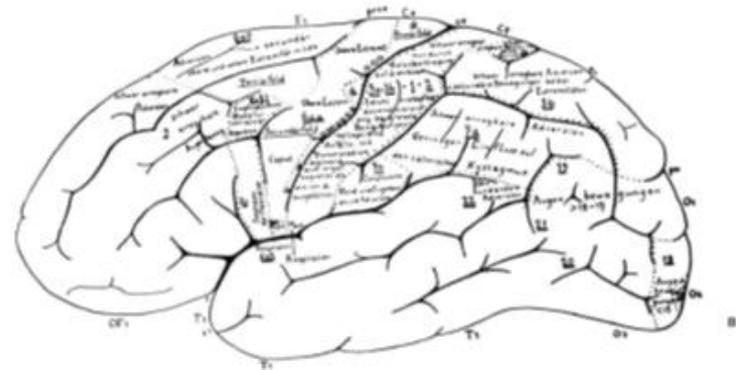
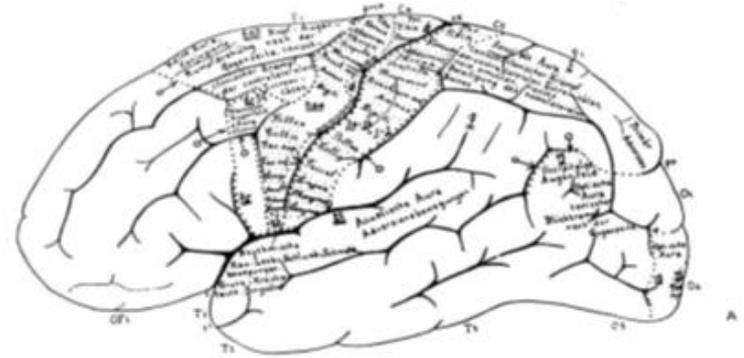
5) CONCLUSION: LE REFUS
DU SUJET SOUFFRANT



Charles Le Brun, *Méthode pour apprendre à dessiner les passions*, Paris, 1698

QUELLE EST L'UTILITÉ DE LA DOULEUR?

La douleur: un signal d'alarme



Le cerveau, « tour de contrôle » des différents organes du corps?

Aires cérébrales, O. et C. Vogt, 1^{ère} moitié XX^e

M. MENDELZWEIG, ANTHROPOLOGIE DE LA DOULEUR, NOVEMBRE 2022

LA DOULEUR COMME SIGNAL PROTECTEUR

C'est dans le cerveau que la douleur prend corps puisqu'elle naît de sa perception par le biais des fibres qui la véhiculent

conférence Françoise Schenk, La douleur intractable: pourquoi ces généralisations abusives?, Journée Recherche du Domaine Santé «La douleur repensée», Sion, 25 novembre 2015

La douleur est une réponse adaptative

Elle est donc indispensable car les vivants ont besoin de s'adapter pour survivre

La douleur est-ce:

- Un symptôme révélateur?
- Un signe de guérison?
- Un mal à traiter à part entière?

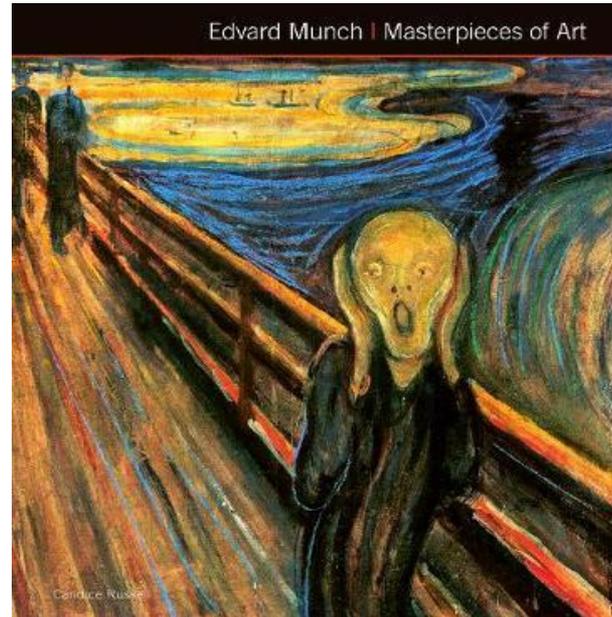
LA DOULEUR
RECONNUE COMME
AUXILIAIRE
INDISPENSABLE DU
THÉRAPEUTE DU FAIT
DE SA VALEUR
DIAGNOSTIQUE ET
THÉRAPEUTIQUE

Avoir mal

- C'est dans la tête?
- C'est dans le corps?
- C'est dans le corps et dans la tête?
- C'est dans la tête même en l'absence du corps?
- Quelle est la nature des maladies psychosomatiques?

DIMENSION PATHIQUE DE LA DOULEUR

Le sens de la douleur n'est pas une conséquence immédiate et simple d'un symptôme douloureux



QUELLE EST LA NATURE DU PHÉNOMÈNE DOULOUREUX?

LA SOUFFRANCE, EN TANT QUE
PERCEPTION SUBJECTIVE DE
SOI DANS LE MONDE,
INTERROGE LES
REPRÉSENTATIONS DE LA
DOULEUR

Quelle est la place des émotions dans
la perception du phénomène
douloureux?

À quelles conditions est-ce légitime de
donner place à l'expression de la
douleur?

LA CHARGE SYMBOLIQUE DE LA DOULEUR

Percevoir c'est interpréter

Les contextes de
significations des ressentis
douloureux sont chargés de
sens

QUEL SENS VIENT SE
GREFFER SUR LE
RESSENTI
DOULOUREUX?

Relations corps/esprit

Relations au soi et au tout

RÉFLEXION SUR L'UNION
DES DOULEURS DU
CORPS ET DES
AFFLICTIONS DE L'ÂME
COMME VOIE DE
COMPRÉHENSION DES
LIENS ENTRE
LE PHYSIQUE ET LE
PSYCHIQUE SUR LE PLAN
DE LA DOULEUR



Corps et esprit: monade ou dyade?

«Prière pour demander à Dieu
le bon usage des maladies», 1660:
La douleur est nécessaire au salut

Notion de
Physiosémantique (Le Breton, 1995):
Dépasser la vision binaire opposant le corps
à l'esprit
Considérer l'indissociabilité des deux

LE DÉPASSEMENT DE SOI: QUELLES MOTIVATIONS DANS LES SPORTS D'ENDURANCE?

Bram Goekint est à la tête d'un cabinet de kinésithérapie à Ostende. Il y constate que l'âge des sportifs d'endurance diminue. Auparavant, la tranche d'âge se situait généralement entre la fin de la vingtaine et la fin de la quarantaine. Aujourd'hui, son cabinet accueille des patients plus jeunes.

Et il connaît l'acidification pour l'avoir éprouvée: dans quelques semaines, Bram reliera à vélo Ostende à Arlon avec des amis: 400 kilomètres à travers le territoire belge sans s'arrêter. "Et la Cristobal Diagonal n'est même pas une course!", s'exclame-t-il en riant. "C'est un tour organisé par un copain. Quand il a présenté son plan, ça m'a intrigué. Je suis manifestement attiré par les événements que je ne suis pas sûr de pouvoir gérer.

<https://www.lecho.be/sabato/bien-etre/les-sports-d-endurance-pour-le-plaisir-de-souffrir-et-de-se-forger-un-caractere/10306643.html>



LE PLAISIR DE
SOUFFRIR
ENVIE
ENDURANCE
DÉFI
FIERTÉ
AUTORÉVÉLATION
PROGRESSION
DISCIPLINE

« On est plongé dans l'eau, puis dans la verdure, on se focalise sur le point final et, **même si l'on souffre, c'est un plaisir.** Comme la préparation de ce type d'événement: dès que l'on s'est inscrit, on a un objectif et l'on s'y consacre, **tant physiquement que mentalement.** Ensuite, chaque séance d'entraînement devient **un rituel: manger, s'équiper et partir. »**



DOULEUR EXALTÉE

Tu enfanteras dans la douleur...

Genèse, ch.3, verset 16

אֶל־הָאִשָּׁה אָמַר הַרְבֵּה אֲרַבְּהָ עֲצָבוֹנָהּ וְהָרַנְּהּ בְּעֵצָב תֵּלְדֵי בָנִים
וְאֵל אִישׁוֹ תִּשְׁקָתָהּ וְהָאִי יִמְשֵׁל בָּהּ:

Louis Segond Bible

Il dit à la femme: J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi.

Époque médiévale: quasi synonymie entre *dolor* et *labor*

DIMENSIONS SYMBOLIQUES DE LA DOULEUR

La condition humaine est vouée à souffrir



Giuseppe della PORTA
SALVIATI, 1526 -1550

Le Christ connaît la souffrance car il l'a choisie



Francisco de Zurbarán,
1627

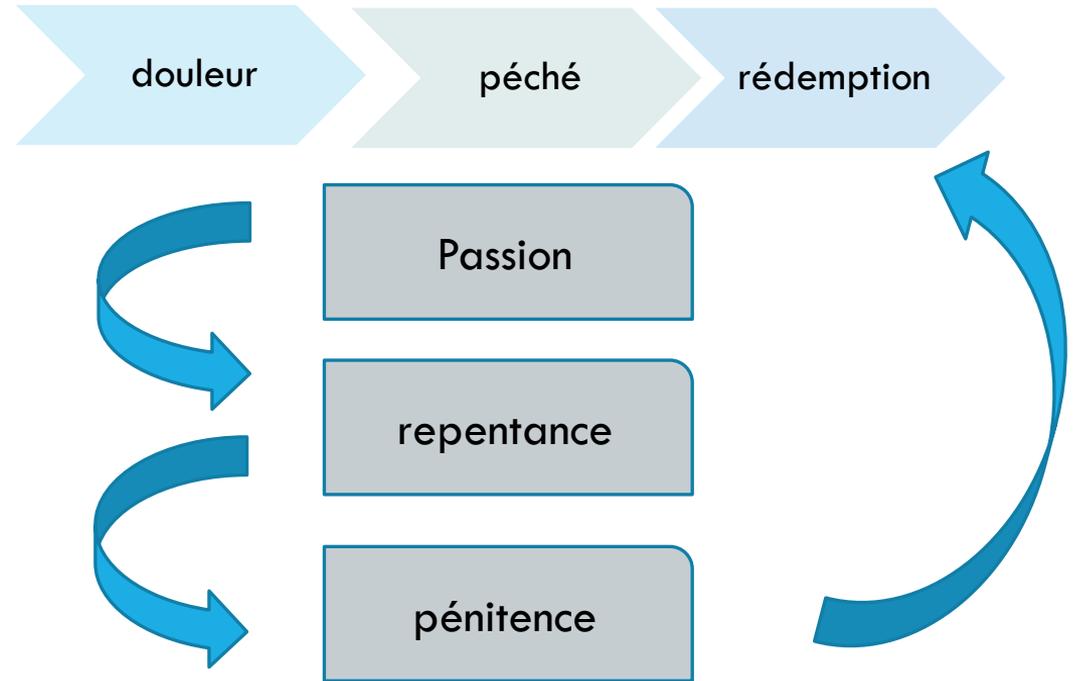
La Mater Dolorosa, Sublimation de la douleur de l'âme



Titien, 1554

LES VERTUS MORALES DE LA DOULEUR

IDÉE QUE LA DOULEUR
EST RÉDEMPTRICE, ET DÈS
LORS ELLE EST EXALTÉE



LA VALEUR SYMBOLIQUE DE LA DOULEUR: UN MARQUEUR CULTUREL

Notion de «dolorisme médical» (P.-E. Dauzat, 2007)

- La douleur reconnue comme auxiliaire indispensable du médecin du fait de sa valeur diagnostique et thérapeutique
- «rares sont les philosophes qui se soient penchés sur ce sujet (la douleur), si ce n'est dans une optique de théologie morale ou utilitariste »

La douleur est-ce:

- Un symptôme révélateur?
- Un signe de guérison?
- Un mal à traiter à part entière?

L'HYPNOSE : UN APPORT DE CHOIX
POUR « REDONNER AU
PATIENT UN RÔLE ACTIF OÙ,
AU COURS DES SÉANCES, IL
DÉCOUVRIRA SES CAPACITÉS
CRÉATRICES LUI PERMETTANT DE
MODIFIER, VOIRE DE NETTEMENT
RÉDUIRE TEMPORAIREMENT LES
SENSATIONS DOULOUREUSES »

« Ainsi l'hypnose, que cette patiente juge marginale, voire ésotérique, peut lui apparaître comme une non reconnaissance de ses douleurs et de leurs répercussions...

Alors pourquoi ne pas s'appuyer sur les données scientifiques publiées au cours des années pour lui montrer que l'hypnose est prise au sérieux par les scientifiques et fait l'objet de nombreuses recherches. »

V. Piguet, G. Zoutter, N. Cuddy, A. Forster, M. Coen, Rev Med Suisse 2021 ; 17 : 1210-3

DOULEUR
COMBATTUE

Mesurer pour soulager:

Approche physiologique
de la douleur

ÉMERGENCE D'UNE SENSIBILITÉ À LA DOULEUR



1936: René Leriche: dénonciation du mythe de la douleur utile

XVIIIe: (paradoxalement) idée qu'il fallait exacerber la sensibilité du patient à des fins thérapeutiques, au risque d'accroître sa douleur

Jusqu'au milieu des années 1980, il était considéré que le système nerveux des nouveau-nés n'était pas assez développé pour véhiculer des informations douloureuses (Gauvain-Piquard et al., 1991)

1987: parution d'une étude comparative sur les séquelles neurologiques des opérations sur prématurés avec et sans anesthésie.

«Comment expliquer qu'il a fallu si longtemps aux médecins pour comprendre ce que les mères savaient peut-être déjà?» (Peter, 1998)

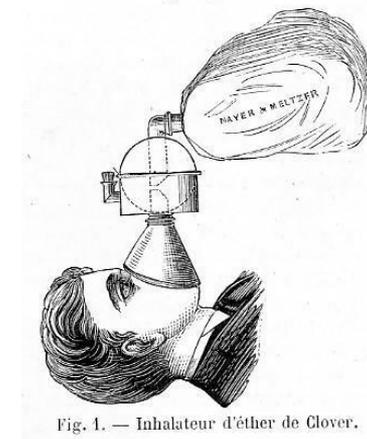
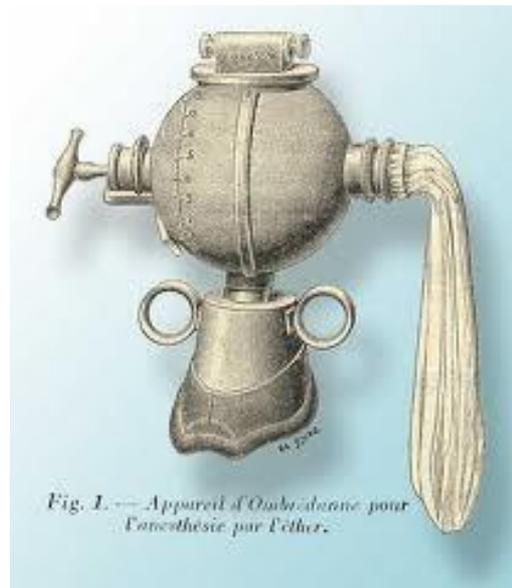
ENDORMIR LA DOULEUR

Milieu 17^e siècle: parution d'un traité d'anesthésie, suggéré pour la chirurgie.
Entre dans les pratiques pas avant le milieu du 18^e Fin 18^e siècle: introduction des gaz anesthésiants

1806: usage de la morphine

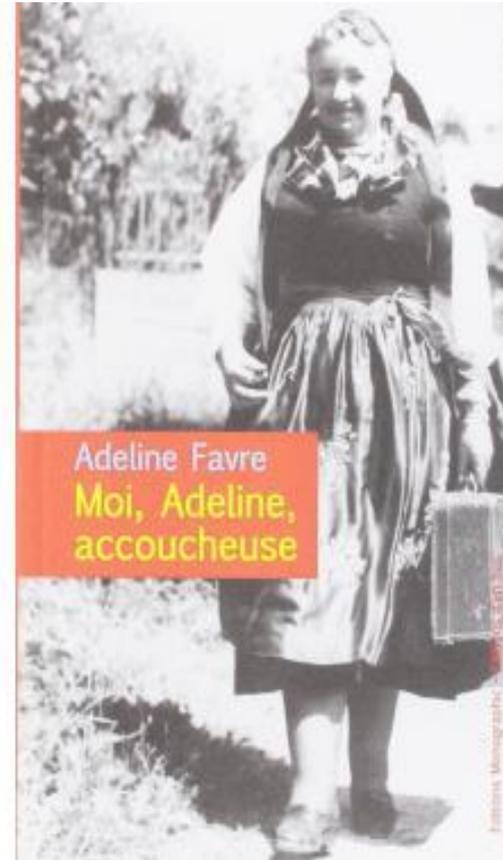
20^e siècle: intervention sur le métabolisme des neurotransmissions par action sur les récepteurs opiacés et production d'endorphines

21^e siècle: les anesthésiques locaux de synthèse structurellement associés à la cocaïne



LES DOULEURS DE L'ENFANTEMENT: PETITE MISE EN PERSPECTIVE ANTHROPOLOGIQUE ET HISTORIQUE DU CONCEPT

« LORSQUE LES MAUX COMMENÇAIENT, ON FAISAIT APPEL, ENFIN, À LA SAGE-FEMME. (...) LES FEMMES NE CRIAIENT PAS, NE SE PLAIGNAIENT PAS. ON TAISAIT LA DOULEUR AU MIEUX POUR QUE RIEN NE PARÛT ET QU'ON N'ENTENDÎT RIEN. CES ÉTOUFFEMENTS DE CRIS ÉTAIENT SOUVENT UNE PREUVE DE FOI, MAIS ILS ÉTAIENT AUSSI LE SIGNE DE HONTE ET DE SOUILLURE QUE PORTAIENT LES FEMMES ENCEINTES ET QU'IL FALLAIT MINIMISER AU MIEUX. (P. 192)



FÉCONDITÉ, STÉRILITÉ,
PROCRÉATION: EN PREMIER LIEU
PENSÉS COMME
ÉTANT AFFAIRE DE FEMMES, AVANT
QUE CONTRACEPTION,
IVG, DROIT DE DISPOSER DE SON
CORPS, VIOLE... NE DEVIENNENT
DES BASTIONS À EMPORTER DE
HAUTE LUTTE POUR LA CAUSE DES
FEMMES

FRANÇOISE HÉRITIER, MASCULIN/FÉMININ I ET II,
ODILE JACOB, 2002



Techniques respiratoires, posturales et de
relaxation: moyens immémoriaux et
multiculturels d'atténuer ou de supporter la
douleur



LA MÉTHODE PSYCHOPROPHYLACTIQUE D'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR (ASD): UNE ENTREPRISE MÉDICALE ET UNE ENTREPRISE POLITIQUE

MARIANNE CARON-LEULLIEZ, JOCELYNE
GEORGE, L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR:
HISTOIRE D'UNE RÉVOLUTION OUBLIÉE,
2004, LES ÉDITIONS DE L'ATELIER.

Concept développé par des médecins soviétiques, consacré méthode officielle de conduite d'accouchement.

1951: introduction du concept en France par l'entremise de l'obstétricien Fernand Lamaze, dans le cadre de la maternité de l'Hôpital des Métallurgistes.

Postulat: l'accouchement est un phénomène naturellement indolore, l'apparition de la douleur étant le résultat d'un conditionnement inadéquat.

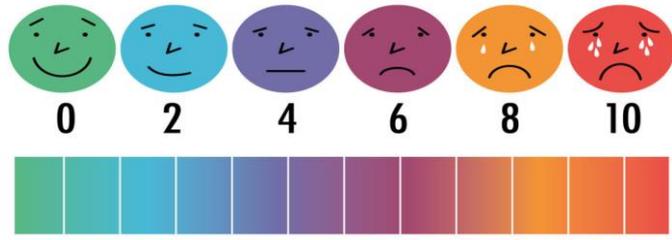
La cible du moyen d'action: non pas le corps, mais la composante psychique des femmes enceintes.

Objectif: la victoire de l'esprit sur le corps.

Années 1960: sur fond de mouvement féministe, émergence d'une contestation du caractère «aliénant et mystificateur» du concept.

Début années 1980: recourt accru à des produits pharmaceutiques et à des interventions médico-chirurgicales qui relativise la conception idéologique sous-jacentes à l'approche ASD, mais **impact majeur sur la prise en charge des femmes enceintes et sur la représentation de l'accouchement.**

MESURER LA DOULEUR: OBJECTIVER LE MAL POUR MIEUX LE MAÎTRISER



Évaluation de la douleur chez l'enfant

Blog de partage entre ergothérapeutes francophones

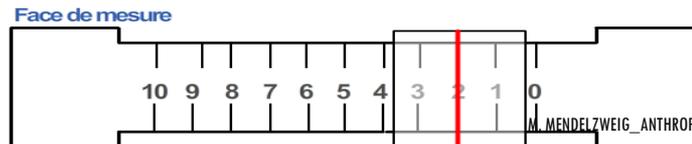
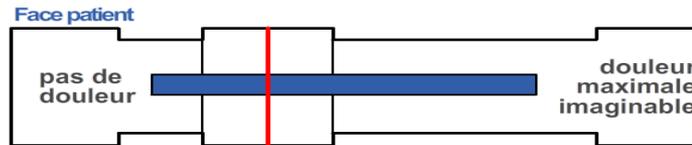
1^{ère} approche: Mesure des doses analgésiques et quantification des stimulations nécessaires pour obtenir un effet sur la douleur et du seuil de tolérance (dès fin 19^e siècle)

2^{ème} approche: Introduction de questionnaires standardisés invitant les patients à évaluer l'intensité de leur ressenti douloureux et à le catégoriser en fonction de son impact émotionnel et autres dimensions (2^e moitié 20^e)

3^{ème} période: Introduction d'échelles d'autoévaluation de l'intensité de la douleur, accompagnée de l'introduction des pompes à morphine

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Noble B. et al. (2005)



CONCEPT D'HÔPITAL SANS DOULEUR

HUG, 2003: CRÉATION DU RÉSEAU
INTERDISCIPLINAIRE SUR LA DOULEUR

CENTRES

QUI SOMMES-NOUS ?

ACTIVITÉS MÉDICALES

CENTRE D'INFORMATION
THÉRAPEUTIQUE,
PHARMACOGÉNOMIQUE ET DE
MÉDECINE PERSONNALISÉE

**CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE
DE LA DOULEUR**

CENTRE RÉGIONAL DE
PHARMACOVIGILANCE

ÉQUIPE MOBILE DOULEUR ET SOINS
PALLIATIFS - CONSULTATION
INTRAHOSPITALIÈRE

UNITÉ DE GÉRONTOPHARMACOLOGIE

UNITÉ DE PSYCHOPHARMACOLOGIE
CLINIQUE

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE ET
TOXICOLOGIE CLINIQUES

Partager Imprimer

CONTACT

CONSULTATION

RESPONSABLE

Consultation ambulatoire d'évaluation et traitement de la douleur

POURQUOI ?

Les douleurs chroniques, rebelles aux traitements antalgiques usuels, concernent environ un cinquième de la population en Suisse.

Les douleurs chroniques se distinguent des douleurs aiguës par la complexité de leurs mécanismes et par leurs répercussions majeures dans tous les aspects de la vie des patients.

POUR QUI ?

Cette consultation s'adresse aux patient-es souffrant de douleurs chroniques qui ne sont pas soulagé-es par les traitements habituels. Par exemple les patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques, de fibromyalgie, de douleurs post-opératoires persistantes, de névralgies (douleurs neuropathiques), ou de douleurs persistantes suite à un cancer.

COMMENT ?

Cette consultation reçoit les patient-es envoyés par leur médecin traitant ou leur spécialiste.

Le médecin fait une demande écrite par courrier, par fax 022 372 99 40 ou par mail consultation.douleur@hcuge.ch. Dès réception du courrier du médecin, le ou la patient-e est convoqué par

HÔPITAL DU VALAIS, 2012: CONCEPT MULTIMODAL DU CTD PAR APPROCHE MÉDICAMENTEUSE, THÉRAPIE PHYSIQUE, PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE ET GESTES INTERVENTIONNELS

Centre de traitement de la douleur (CTD) de l'Hôpital de Martigny

Depuis dix ans le Centre Hospitalier du Valais romand (CHVR) abrite, dans son site de Martigny, un centre de traitement de la douleur qui fait partie du Département d'Anesthésiologie et de Réanimation (DAR).

En mars 2012, le CTD s'est renforcé avec l'arrivée de deux nouveaux spécialistes et connaît un succès grandissant. On y pratique des consultations axées principalement sur les douleurs chroniques en étroite collaboration avec les Institutions Psychiatriques du Valais Romand, le Service des soins palliatifs, les Services de Neurologie et Neurochirurgie et la Clinique Romande de Réadaptation.

La plupart des patients sont référés au CTD par les médecins traitants de la région afin d'évaluer les possibilités d'un traitement spécifique à leur état. Les douleurs chroniques prises en charge sont d'origines diverses, la plupart concernent les douleurs du dos, mais bien d'autres pathologies sont traitées, telles des neuropathies (par exemple le zona, la névralgie du trijumeau...), les douleurs articulaires, les douleurs liées à des cancers, etc.

La prise en charge se fait en ambulatoire par une équipe multidisciplinaire qui prend en compte la douleur dans toute sa complexité. En général, après avoir été vu par le médecin anesthésiste spécialisé dans le traitement de la douleur, le patient est pris en charge par une équipe composée d'infirmières formées en antalgie et d'autres spécialistes. De cette consultation multidisciplinaire ressort un plan de traitement proposé au patient.

Le traitement de la douleur chronique est basé sur un concept multimodal comprenant des médicaments, de la thérapie physique, une prise en charge psychosociale, ainsi que des gestes interventionnels.

Les gestes techniques font partie de la stratégie thérapeutique de la douleur et ils sont multiples. Ils sont en premier lieu destinés à obtenir un diagnostic précis, puis à soulager ou atténuer la douleur. Les principales procédures interventionnelles utilisées sont les infiltrations périurales au niveau des vertèbres, les blocs radiculaires, les blocs facettaires lombaires ou cervicaux, les blocs sympathiques. D'autres cibles sont les nerfs périphériques pour les neuropathies périphériques, les infiltrations articulaires et les points trigger pour les douleurs myofasciales (injection d'anesthésiques locaux dans un point précis).

CHUV, 2006: ÉTUDE SUR L'ÉVALUATION DU RÔLE ET DE L'INTÉRÊT DE L'HYPNOSE POUR AGIR SUR LA DOULEUR CHEZ LES GRANDS BRULÉS

Accueil > Un réseau d'experts > Les intervenants > Centre romand des brûlés > Les infirmières > Les infirmières expertes en hypnose

Les intervenants ^

Premiers secours

Centre romand des brûlés ^

Les urgentistes

Les anesthésistes

Les intensivistes

Les chirurgiens

Les biologistes

Les infirmières ^

Les infirmières en pédiatrie

Les infirmières expertes en hypnose

Les physiothérapeutes

Les ergothérapeutes

Les diététiciennes

Les psychiatres

Les assistants sociaux

Les aumôniers

Les infirmières expertes en hypnose

L'hypnose peut aider les patients à mieux vivre leur hospitalisation, notamment lors des soins qui sont douloureux.

L'impact de l'hypnose sur l'anxiété et la douleur a été prouvé scientifiquement. Pour la douleur elle permet de diminuer les composantes sensorielles et émotionnelles. C'est un état de conscience modifié, normal et banal, dans lequel nous évoluons plusieurs fois par jour (par exemple, lorsque nous sommes «dans la lune» ou «dans notre bulle») état qui sera utilisé pour modifier la perception douloureuse ou l'état d'anxiété lié au soin ou à l'hospitalisation. Les techniques hypnotiques activent ainsi les ressources inconscientes des patients.

L'hypnose est systématiquement proposée à tous nos patient-e-s brûlé-e-s à condition qu'ils ou elles soient capables de comprendre et suivre cette démarche. Elle est ainsi difficilement applicable chez des patient-e-s inconscient-e-s, confus-es ou porteur-euse-s de troubles psychotiques.

Au bout d'un certain temps, le ou la patient-e peut même apprendre à faire de l'auto-hypnose. Il peut ainsi se remettre tout seul dans cet état particulier pendant les soins ou toute autre situation difficile pour lui. Ceci lui permet d'être acteur de son mieux être.

Contacts

YOGA-SŪTRAS DE PATAÑJALI

Selon la traduction de Jean Papin,
issue de l'ouvrage La voie du yoga,
Yoga Darshana et les aphorismes
de Patanjali

Editions Dervy, 1990

1. Voici l'enseignement traditionnel du yoga

2. Le yoga consiste à suspendre l'agitation psychique et mentale

5. Ces dernières présentent cinq sortes de modifications, causant douleur ou non :

12. La suppression de ces états de conscience s'obtient par la pratique intense (abhyasa) et le non-attachement (vairagya).

30 Ces obstacles qui perturbent le mental sont la mauvaise santé (vyādhi), les difficultés matérielles (styāna) , le doute (sanshaya), la négligence (pramāda) ou irrégularité de la vie, la paresse (ālsya), la sensualité, entraînant le manque d'enthousiasme pour la pratique (avirati), les idées fausses (bhranti darshan), l'impossibilité d'atteindre la concentration et de s'y maintenir.

31. La souffrance physique, la dépression, le tremblement des membres et la respiration anarchique accompagnent cette distraction de l'esprit.

32. L'exercice répété (abhyasa) de la concentration sur un seul point (eka grata) permet d'écarter ces écueils.

FOCUS SUR LA SPIRITUALITÉ DANS LA GESTION DE LA DOULEUR

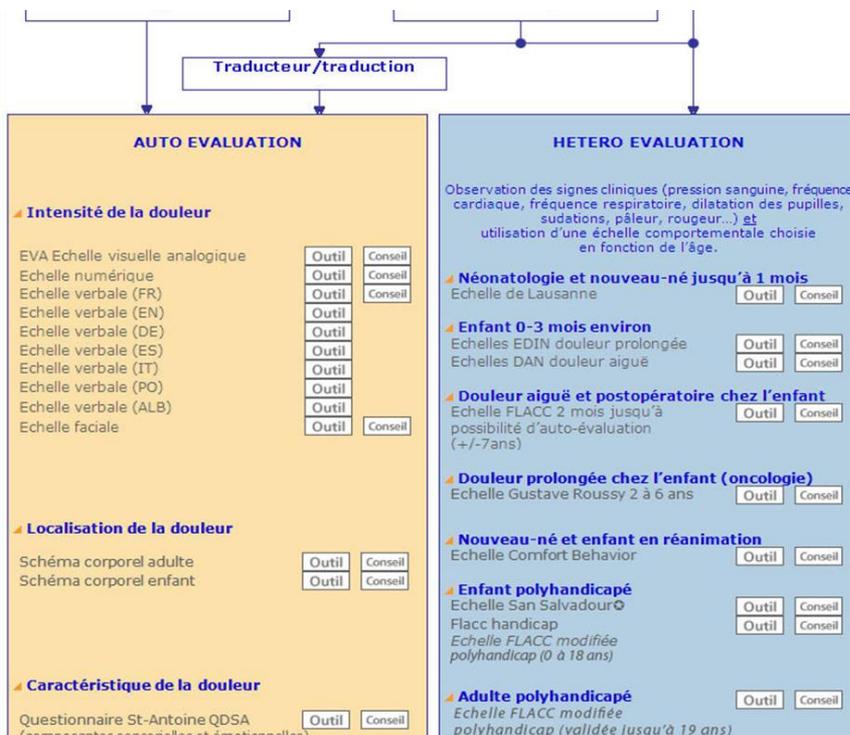
PNR74: la méthode doit permettre de recenser de façon systématique les ressources et les besoins spirituels des patient.e.s, et de les prendre en compte dans le traitement de la douleur. Enfin, un outil d'apprentissage en ligne pour la formation à la communication axée sur la douleur et la spiritualité a été développé pour la communication entre les spécialistes et les patient.e.s. L'efficacité de l'outil a été évaluée en ce qui concerne la formation initiale dans une étude de terrain contrôlée, et l'acceptation a été évaluée avec un entraînement approfondi en association avec différents établissements de formation.

L'étude a poursuivi deux objectifs: d'une part, analyser l'importance de la dimension spirituelle dans le traitement médical et la prise en charge des patient.e.s souffrant de douleurs chroniques, puis développer et valider un instrument d'enquête approprié; d'autre part, développer un outil d'apprentissage en ligne soutenant l'enseignement de la communication entre les spécialistes et les patient.e.s, et ainsi évaluer son efficacité à intégrer la dimension spirituelle dans la formation à la communication.

Projet du Prof. Dr. Simon Peng-Keller, Professur für Spiritual Care, Theologische Fakultät, Universität Zürich

Rencontre patient et soignant pour agir sur la douleur

Prendre la mesure de la douleur est une chose, prendre en compte la parole du patient est une autre chose



LE PATIENT-SUJET- ACTEUR ET LES IMPACTS SUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

CANGUILHEM: LA DOULEUR
RELÈVE TANTÔT DU NORMAL,
TANTÔT DU PATHOLOGIQUE

Notions d'alliance thérapeutique et de négociation, au moins implicite, entre le thérapeute et le patient, notions récentes et qui s'imposent lentement

Tous les patients ne sont pas en capacité de se montrer acteur/actrice

Maladies tumorales: certains développements sont moins, voire pas, douloureux, par contre le traitement introduit la souffrance

Cancers: la douleur intervient après la médicalisation, par contre l'annonce du diagnostic est une première étape douloureuse

DOULEUR PLURIELLE

Dès son apparition, la douleur mobilise deux niveaux de conscience:

- Le constat empirique de sa présence dans le corps
- La recherche du sens de sa présence
 - (Didier Fassin, L'espace politique de la santé: essai de généalogie, Paris 1996)

La douleur n'est jamais purement physiologique mais relève d'une symbolique

- (Vincent Barras, 2014)

Il se fait une éducation du corps à la douleur, avec sa charge historique, de genre et d'âge, Autrement dit, la douleur est porteuse de **dimensions culturelles**

LA DOULEUR EST
NÉCESSAIREMENT
PLURIELLE
DANS SES
TYPOLOGIES
COMME DANS SES
RESSENTIS

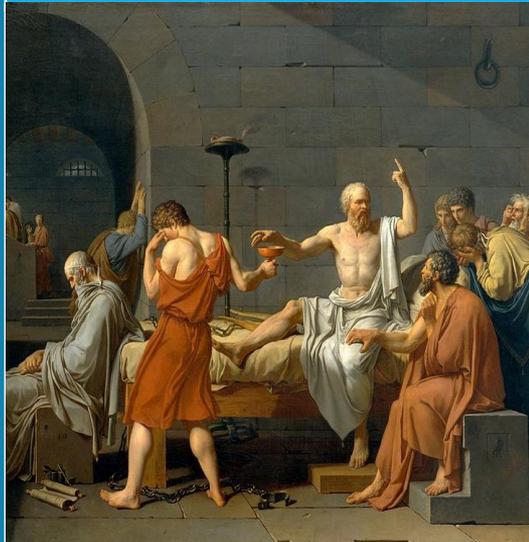
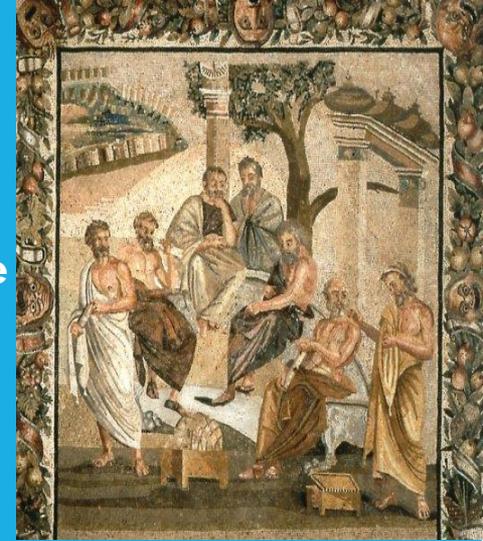
- Douleur aiguë
- Douleur chronique
- Douleur initiatique
- Douleur destructrice
(par ex, torture)
- Douleur
sublimatrice...

David Le Breton (1995)

PLURALITÉ DES SIGNIFICATIONS DE LA DOULEUR SELON LES CONTEXTES ET LES PHILOSOPHIES

Approche épicurienne:
**L'absence de douleur est un état à
atteindre**
**L'homme doit se donner des
ressources pour éviter de se rendre
malheureux**

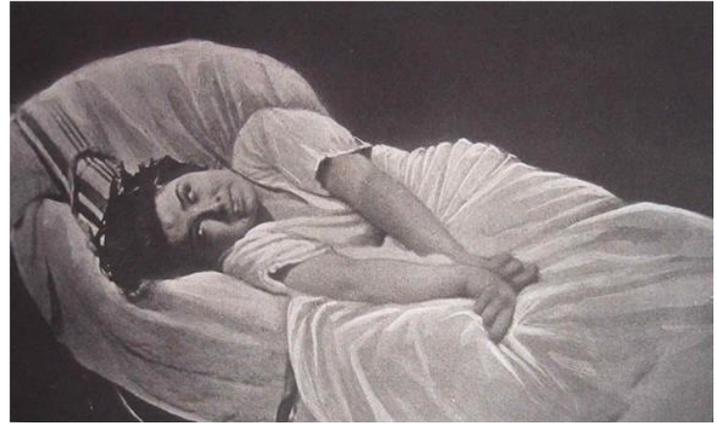
Conversation entre philosophes, détail d'un décor
d'une villa de Pompéi



Approche stoïcienne:
**la nature pourvoit l'homme
du courage pour maintenir
le bonheur en toute circonstance**

Jacques-Louis David, La mort de Socrates, 1787

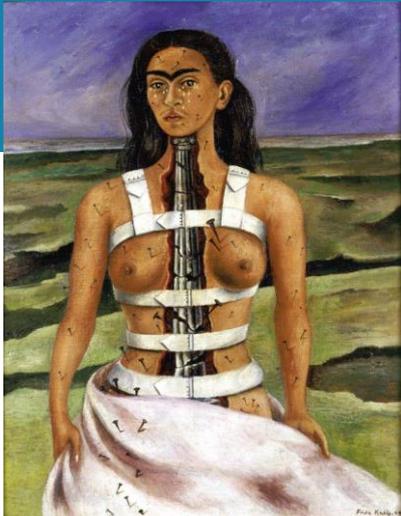
LA PSYCHIATRIE: LE
DOMAINE MÉDICAL QUI
OPÈRE AVEC LE PLUS
D'ACUITÉ LA RÉUNION
DU SOMATIQUE ET DU
PSYCHIQUE, DU
PHYSIQUE ET DU
COGNITIF



La psychiatrie en tant que discipline médicale qui reconnaît les maladies mentales comme phénomènes pathologiques distincts des comportements asociaux, se constitue au XIXe siècle.

Paul Régnard, *Iconographie de la Salpêtrière*, 1878

LES RAPPORTS DE GENRE FACE À LA DOULEUR



Dolor et Labor: Pour le moyen-âge, la douleur est normale et est d'emblée physique. Elle connaît une distribution des rôles, douleur de l'enfantement pour les femmes et travail à la sueur de son front pour les hommes. Corollaire: la douleur est féminine (ou propre au sujet non adulte), donc elle est méprisante (Dauzat, 2007)

Intériorisation de la douleur: inhibition inculquée en particulier aux hommes (ex: amputations sans anesthésie dans l'armée napoléonienne)

La sédation vue comme un signe de mollesse

Données épidémiologiques: les femmes seraient plus sensibles à la douleur, quelle qu'en soit la modalité, et répondraient mieux à la morphine que les hommes (Piller et al. 2018)

LES MÉCANISMES BIOLOGIQUES DE LA DOULEUR SONT-ILS INFLUENCÉS PAR LE GENRE?



Stratégies de coping ou de catastrophisme qui diffèrent selon les sexes

Selon des études neurobiologiques, il existe bel et bien deux mécanismes d'interaction immunoneuronale distincts selon le genre qui mènent au développement d'une hypersensibilité à la douleur chez le rongeur.

Par contre, ces voies distinctes semblent converger au niveau neuronal puisque le rôle des récepteurs NMDA ne diffèrent pas d'un sexe à l'autre (Piller et al. 2018).

Puisque ce sont des mécanismes bien distincts entre sexes qui régissent la genèse et le maintien de la douleur chronique, des traitements différents de la condition douloureuse devraient être développés au niveau pharmacologique.

CONCLUSIONS

Lente mais constante
évolution vers le refus
du sujet souffrant

3 IDÉES FORTES POUR LA FIN



La douleur se pense et se ressent
tout à la fois



Le traitement de la douleur ne
peut dissocier l'objectivable du
subjectif



La place donnée, ou pas, à la
douleur, est fonction des contextes
idéologiques historiques et en est
le reflet

Douleur aiguë

Douleur corporelle simple

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE ATTENTION

Marion Droz Mendelzweig
Institut et Haute Ecole de la santé La Source
m.droz@ecolelasource.ch

21^e Symposium Romand de physio et ostéopathie
Lausanne, 17 novembre 2022

Charles Le Brun, *Méthode pour apprendre à dessiner les passions*, Paris, 16

POUR EN SAVOIR PLUS

V Barras (2014) Médecine et douleur: histoire d'une relation, Revue Médicale suisse (10), 1374-6.

M Caron-Leulliez, J George (2004) L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée. Paris, Les éditions de l'atelier.

P E Dauzat (2007) Regards médicaux sur la douleur: histoire d'un déni, Psycho-Oncologie (2), 71-75.

L Denizeau (2013) L'expérience de la douleur, une activité symbolique ?, Anthropologie et Santé (7).

A Favre (1999) Moi, Adeline, accoucheuse. Yens, Editions Cabédita.

A Gauvain-Piquard, E Pichard-Léandri, M Meignier (1991) La douleur chez l'enfant: récit d'un oubli. In Claverie B, et al. Douleurs: du neurone à l'homme souffrant. Paris, Eshel.

D Le Breton (1995) Anthropologie de la douleur, Paris, Métailié

D Le Breton (2010) Expérience de la douleur, entre destruction et renaissance. Paris, Métailié.

B Noble et al. (2005) The measurement of pain , 1945-2000. Journal of pain and symptom management 29 (1), 14-21.

J P Peter (1998) Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élisio. Le Genre humain.

N Piller, A Fernandez, M R Suter (2018) Douleur, genre et neuroinflammation: vers l'inégalité des sexes?, Revue Médicale suisse (14), 1292-4.

R Rey (2011) Histoire de la douleur. Évolution des savoirs et des pratiques en Occident de l'antiquité grecque au 20^e. Paris, La Découverte.

M Vuille (2015) L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980, Travail, genre et sociétés (34), 39-56.